



Al Dipartimento Partecipazione,
Comunicazione e Pari Opportunità

Alle Strutture Territoriali

p.c. Al Dipartimento Servizi Educativi e
Scolastici

All.n.3

Oggetto: Modulistica afferente le attività ed i procedimenti di competenza dei Municipi-
Gruppo di lavoro (D.D.n.SC/5/2017, D.D.n.SC/6/2017, D.D.n.RA/192/2018)-
SCUOLA.

Con riferimento alle iniziative del Gruppo di lavoro in oggetto ed a seguito di alcune osservazioni pervenute, si trasmette, per le attività di competenza dei Municipi e per le informazioni da fornire all'utenza interessata, la modulistica concernente le diete speciali, nel formato PDF-A, modificata ed aggiornata, in condivisione con il competente Dipartimento Servizi Educativi e Scolastici:

- Modello n.1 "Richiesta dieta speciale per motivi di salute e/o etico/religiosi";
- Modello n.2 "Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute";
- Modello n.3 "Comunicazione cambio sede/trasferimento utente con dieta speciale per motivi di salute e/o etico-religiosi.

In conseguenza, per quanto concerne il nuovo Portale istituzionale, si chiede al Dipartimento Partecipazione, Comunicazione e Pari Opportunità di voler pubblicare i modelli in argomento, nell'Area tematica Scuola, nella apposita sezione dedicate alla Modulistica del Servizio in argomento (*ristorazione scolastica e diete speciali- modulistica diete speciali INF57962*) sostituendo i modelli attualmente disponibili nell'area tematica di che trattasi :

Modulo I - richiesta dieta speciale per motivi di salute - patologia cronica o transitoria;

Modello richiesta diete speciali motivi etico - religiosi/salute;

Modulo L - richiesta dieta speciale per motivi di salute - intolleranze e/o allergie alimentari.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE

Franco Giampaolotti

- Prima richiesta
- Rinnovo
- Modifica dieta in corso
- Reintroduzione dieta libera

RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE E/O ETICO/RELIGIOSI

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ () il _____ e residente in _____ ()
PROV. _____ PROV. _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____ Tel./Cell. _____

E-mail _____ Codice Fiscale

Documento di identità ⁽¹⁾ _____

in qualità di genitore ⁽²⁾ del/la bambino/a _____

NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ () il _____
PROV. _____

Nido/Scuola _____ Nido Infanzia Primaria Secondaria I g
(BARRARE)

Classe _____ Sezione _____ Istituto Comprensivo _____

CHIEDE

- la preparazione di una dieta speciale per:
 - motivi di salute (allegare Modello "n.2"- Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute (patologia cronica e/o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera)
 - motivi etico/religiosi (specificare) _____

Il/la bambino/a è presente a mensa: tutti i giorni lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì

la reintroduzione della dieta libera

Allega alla presente istanza:

- certificato medico
- altro (specificare) _____

Il/la richiedente dichiara di essere informato/a ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata, dagli Uffici della Amministrazione Capitolina nonché dalla Società di ristorazione aggiudicataria del servizio.

Data _____

Firma leggibile del genitore o esercente la patria potestà

1 ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del DPR 445/2000, la presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato o da chi esercita la patria potestà, in presenza del personale dell'Ufficio o sottoscritta prima e presentata a mezzo delega, unendo alla domanda la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
2 O affidatario che esercita la patria potestà; si rammenta che la domanda è legittimamente presentata dal genitore se sottintende il comune accordo con l'altro genitore ai sensi dell'art. 316 del Codice Civile. Di contro si ravviserà dichiarazione mendace penalmente perseguibile ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

✂ Parte riservata all'Amministrazione Capitolina - Non compilare

Richiesta dieta speciale per motivi etico/religiosi o di salute - ricevuta
Prot. _____
Data _____

Nome e Cognome _____

Nido/Scuola _____ Classe _____ Sez. _____ Anno Scolastico _____

Nota bene: La richiesta di dieta speciale si intende valida per la durata di ogni ciclo educativo/scolastico (infanzia, primaria e secondaria di I grado) oppure fino a presentazione di nuova certificazione (che modifichi o annulli la precedente per mutate esigenze). Pertanto, nel passaggio dal nido alla scuola dell'infanzia alla primaria e da questa alla secondaria di I grado il genitore, o chi eserciti la patria potestà o persona delegata, è tenuto alla presentazione di nuovo certificato medico, come pure in caso di sospensione (reintroduzione della dieta libera). In caso di trasferimento dell'utente ad altro nido o altra scuola, il genitore dovrà darne comunicazione scritta al Municipio (Mod.n.3), ed in tal caso non sarà necessario presentare nuova documentazione medica, in quanto già in possesso dell'Amministrazione Capitolina.

MODELLO N. 2

Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute (patologia cronica o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera)

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A

VIA

TEL. CELL.

MEDICO CURANTE

NIDO/SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)

.....

CLASSE..... SEZ.

GIORNI FREQUENZA tempo pieno

modulo specificare i giorni (.....)

SINTOMATOLOGIA

GASTROENTEROLOGICA specificare.....

CUTANEA specificare.....

RESPIRATORIA specificare.....

ANAFILASSI specificare.....

ALTRO specificare.....

ACCERTAMENTI ESEGUITI

RAST PRICK ALTRI specificare (.....)

DIAGNOSI

.....

ALLERGIE PARTICOLARI/ANNOTAZIONI

.....

DIETA PRIVA DI

.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Municipio _____
Modello n. 3

**Comunicazione cambio sede/trasferimento utente con
dieta speciale per motivi di salute e/o etico-religiosi**

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ () il _____ e residente in _____ ()
PROV. _____ PROV. _____

Via/Piazza _____ n. _____ CAP _____ Tel./Cell. _____

E-mail _____ Codice Fiscale

Documento di identità ⁽¹⁾ _____

in qualità di genitore ⁽²⁾ del/la bambino/a _____
NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ () il _____
PROV. _____

Comunica il trasferimento dell'utente con dieta speciale per motivi di salute etico religiosi

Nido/Scuola di provenienza

Nido/Scuola _____ *Nido Infanzia Primaria Secondaria I g*
(BARRARE)
Classe _____ Sezione _____ Nido/Istituto Comprensivo _____

Nido/Scuola di destinazione

Nido/Scuola _____ *Nido Infanzia Primaria Secondaria I g*
(BARRARE)
Classe _____ Sezione _____ Nido/Istituto Comprensivo _____

Il/la richiedente dichiara di essere informato/a ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene presentata, dagli Uffici della Amministrazione Capitolina nonché dalla Società di ristorazione aggiudicataria del servizio.

Data _____

Firma leggibile del genitore o esercente la patria potestà _____

1 Ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del DPR 445/2000, la presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato o da chi esercita la patria potestà, in presenza del personale dell'Ufficio o sottoscritta prima e presentata a mezzo delega, unendo alla domanda la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

2 O affidatario che esercita la patria potestà; si rammenta che la domanda è legittimamente presentata dal genitore se sottintende il comune accordo con l'altro genitore ai sensi dell'art. 316 del Codice Civile. Di contro si ravviserà dichiarazione mendace penalmente perseguibile ai sensi dell'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445.

 **Parte riservata all'Amministrazione Capitolina - Non compilare**

ROMA  Municipio _____

**Comunicazione cambio sede/trasferimento utente con
dieta speciale per motivi di salute e/o etico-religiosi**
Prot. _____
Data _____

Nome e Cognome _____

Nido/Scuola di provenienza _____ *Nido Infanzia Primaria Secondaria I g*
(BARRARE)
Classe _____ Sezione _____ Nido/Istituto Comprensivo _____

Scuola di destinazione

Nido/Scuola di provenienza _____ *Nido Infanzia Primaria Secondaria I g*
(BARRARE)
Classe _____ Sezione _____ Nido/Istituto Comprensivo _____